

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Declaration de Maladie

N° W19-597582

56402

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8098</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Messoudi Farzana</u>			
Date de naissance : <u>AN 12 1968</u>			
Adresse : <u>13 Rue El Gaffar RS HYFI DRIB EL AZZER</u>			
0644009835			
Tél. : <u>0650528118</u> Total des frais engagés : <u>1096,1</u>			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

solir une feuille de soins par personne et événement.

feille de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales onnances médicales, factures, résultats examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée ent être portés par les praticiens eux mêmes chaque feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les icaments achetés doivent être joints aux onnances transmises.

feille de soins ainsi que les pièces ificatives doivent être présentées à votre tuelle dans les deux mois qui suivent le ier acte médical, sauf s'il y a traitement lical continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours suivent la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera cté sur la base de la tarification nationale réference.

risques liés aux accidents du travail et ladies professionnelles ne sont pas couverts.

uite personne coupable de fraude ou de fausse laration pour obtenir des prestations qui sont pas dues, est possible des sanctions illes et réglementaires.

bligation de remboursement prise par la OPS est subordonnée au respect des ditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et Signature de la mutuelle

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة و المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء و أثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غض أو تصريح للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سيذكره.

Identification de l'agent :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الاشتراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Nom et prénom : ٤٥٦٢٦٣ حماده مارسل

١٤٣٨١٩٨٧

٩١٣١١٤٤٢٣ ٢٦

٦١٤٣١٩٣٢١

N° Affiliation : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

N° Immatriculation:

N° CIN :

Conjoint ○ زوج ✕ Enfant ✕ ابن

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ٤٥٦٢٦٣

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

ستة مارسل

١٤٣٨١٩٨٧

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاج

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Identification du médecin traitant

N° INP

١٤٣٨١٩٨٧

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation*

استشفاء *

Accident *

حادث *

Oui

Non

Pli confidentiel remis* :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تم تقديم الظرف المتعلق * :
تاريخ العمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستفادة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : حرر ب :

Le : في :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر ب :

Le : في :

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs mécaniques fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/09/2020	458,40	<p style="text-align: right;">صيدلية السلام PHARMACIE ASSALAMAH IBN KHAYAT IDRISI NGUIA Rue Jordonie Fes Gora - 2 05 35 62 13 00</p> <p style="text-align: right;">INP : INP 142052091</p>
22/09/2020	287,70	<p style="text-align: right;">صيدلية السلام PHARMACIE ASSALAMAH IBN KHAYAT IDRISI NGUIA Rue Jordonie Fes Gora - 2 05 35 62 13 00</p> <p style="text-align: right;">INP : INP 142052091</p>

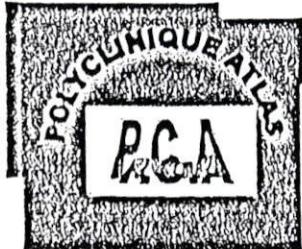
Actes Paramédicaux

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغفور Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédics
INP : 					
INP : 					


CNOPS
 Le secteur public c'est bien pour le malade

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1	NON PAYE 1	ACCORDE 1				
💡 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.								
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 5	-	03/11/2020	Virement	-	2 477,00 267,28	1	244,67 126,38	1 800,65
		12/10/2020	Payé en : 22 jours	YOUSFI ABDELKARIM	1 096,10 674,27			511,95
63950749								
		12/10/2020	Payé en : 22 jours	YOUSFI MUSTAPHA	600,00	268,00	44,00	312,00
63950708								
		13/10/2020	Payé en : 21 jours	YOUSFI MUSTAPHA	413,40	91,00	20,80	111,80
63969606								
		13/10/2020	Payé en : 21 jours	YOUSFI HAMZA	101,10	55,37	12,66	68,03
63969581								
		13/10/2020	Payé en : 21 jours	YOUSFI ABDELKARIM	266,40	178,64	40,83	219,47
63969553								



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES



NOUVELLE HONORAIRE



140004160

FES, LE 26/8/2010

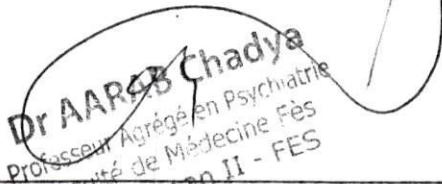
NOM : DR Youssef

PRENOM : Abdellatif

HONORAIRE DR

- o 350.00 DHS (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE



Route de Sefrou Fès V.N. Tél.: 0535 641697/0535 641123/24 fax 035657969

CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667
ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com



ORDONNANCE

Docteur : Dr AARAB Chady
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II Fès

Fès, le 22/09/2020

Abdelkrim Yousefi

126, ce 12
Sép 2019
012560
16815
16815
35,70
Après
012561
T 287,70

S.V. S.V.

Dr AARAB Chady
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II Fès

PHARMACIE ASSALAMA
IBN LKHAYAT IDRISI Nolia
Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - Fès
Tél: 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97
Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / GSM : 06 61 46 02 89
E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com
ICE : 001915534000012

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - Fès

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / GSM : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012

Esciplex 10 mg

Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/DMP/21/NP



6 118000 022787

LOT 192077 1
EXP 09 2021
PPV 126.00

LOT 200853 1
EXP 04 2022
PPV 126.00

Esciplex 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 23414/DMP/21/NP



6 118000 022787

LOT 201569 1
EXP 07 2023
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530



مصحة الأطلس - فاس
Polyclinique Atlas - Fès

Barcode: 140004169

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 22/09/202

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES
291,00
Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES
167,00

Test: 30 P - SV - ong.

012559

Sp 5 Lenox

1/ US8,00
Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine Fès
CHU Hassan II - FES

PHARMACIE ASSALAMA
LKHAYAT IDRISI NOIJA
GIP - 06 35 471308

POLYCLINIQUE ATLAS
Rte de Sefrou - FES
Tél: 05 35 67 01 23 / 05 35 26 01 15

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 001915534000012

